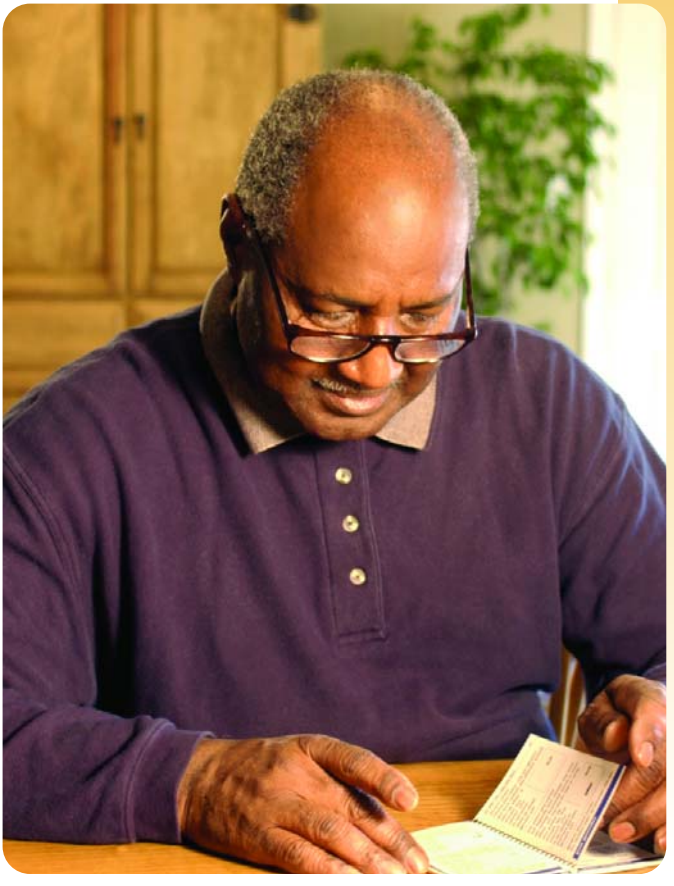
Keeping Well
WITH DIABETES

# Su diario de glucosa en la sangre

## Un registro de sus tendencias de glucosa en la sangre



novo nordisk®

The favorably reviewed logo indicates this material has been reviewed for educational content and does not imply endorsement of any product.

The American Academy of Family Physicians Foundation has favorably reviewed this material through 2007. Favorable review means that medical information is accurate, but does not imply endorsement of any conclusions presented.

Los materiales educativos *Keeping Well With Diabetes* para el paciente fueron desarrollados usando información de las siguientes fuentes: La Asociación Americana de Educadores en Diabetes; La Asociación Americana de Diabetes, la Asociación Americana de Nutricionistas y la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos. Estos folletos no reemplazan el consejo de su proveedor de cuidado de la salud. Asegúrese de consultar con su proveedor de cuidado de la salud acerca de su tratamiento individual para la diabetes.

Fechas del diario: Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Doctor _____ Teléfono _____

Educador en Diabetes _____ Teléfono _____

Contacto en caso de emergencia (pariente o amigo) _____

Número de teléfono del contacto en caso de emergencia _____

## La importancia de las pruebas

Llevar un registro de sus niveles de glucosa en la sangre es una manera de comprobar si su diabetes está bajo control. Este diario puede facilitarle esa labor. Aquí puede escribir las horas de sus comidas, los resultados de sus pruebas de glucosa en la sangre y las dosis de insulina para cada día. En la sección para NOTAS puede llevar cuenta de las cosas que pueden afectar su nivel de glucosa en la sangre, como:

- los alimentos que come
- otras medicinas que toma
- cuándo y cuánto ejercicio hace, y
- problemas como enfermedades, estrés o síntomas de hipoglucemia (nivel bajo de glucosa en la sangre).

Su diario le ayudará a ver lo que está pasando a largo plazo con sus niveles de glucosa en la sangre. Usted y su proveedor de cuidado de la salud trabajarán juntos para determinar sus metas en cuanto a glucosa en la sangre. Anote su meta en números aquí.

*Metas de glucosa en la sangre (Valores en plasma)**

| Hora | Para personas con diabetes | Su meta |
|---|---|---|
| Antes de comer | Menos de 110 mg/dL | |
| 2 horas después de comer (posprandial) | Menos de 140 mg/dL | |
| A1C | 6.5% o Menos | |

Los valores de lectura de glucómetro para glucosa en la sangre entera son aproximadamente 10% menos.

Por favor, vea el manual de instrucciones de su glucómetro para determinar si éste indica el resultado como glucosa en plasma o en sangre entera.

* Adaptado de American College of Endocrinology (ACE): Consensus Statement on Guidelines for Glycemic Control. Endocrine Practice. 2002;8 (Suppl 1):S5-S11.

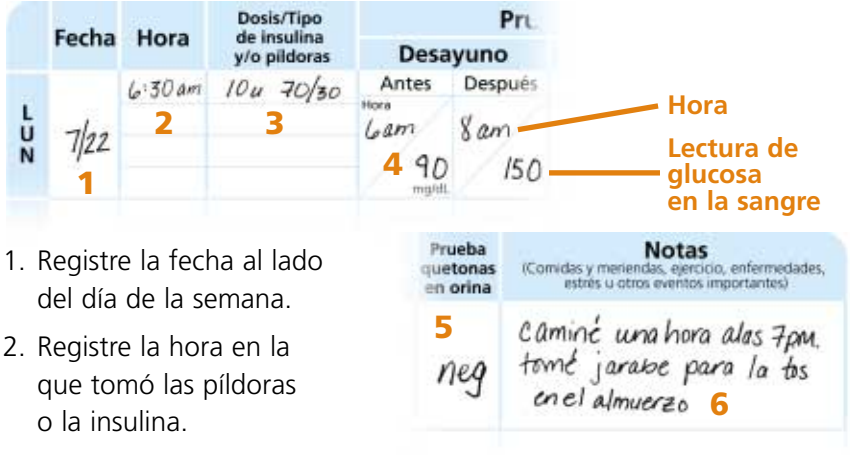
Cada página de su diario abarca una semana. El diario tiene entradas para 12 semanas de lecturas de glucosa en la sangre. Es importante:

- mantener un registro exacto cada día
- tener su diario a mano para anotar sus números cuando se haga la prueba
- llevar el diario cuando vaya a visitar a su proveedor de cuidado de la salud



Un registro correcto en su diario ayudará a que usted y su equipo para el cuidado de la diabetes tomen las mejores decisiones acerca de su plan de tratamiento para la diabetes.

Guía de página modelo del diario:




1. Registre la fecha al lado del día de la semana.
2. Registre la hora en la que tomó las píldoras o la insulina.
3. Registre el tipo y la cantidad de su dosis de insulina o píldoras para la diabetes.
4. Registre la hora y la lectura de glucosa en la sangre en los espacios "antes" y "después". Las lecturas después de la comida se toman por lo general de 1 a 2 horas después de comenzar a comer.
5. Registre sus resultados de la prueba de quetonas (cetonas) en la orina.
6. Anote bien cualquier cosa que pueda haber afectado sus lecturas de glucosa en la sangre, como: lo que comió, el ejercicio (qué tipo, cuánto tiempo), el estrés, enfermedades, por qué pudo haber tenido quetonas y otros eventos importantes.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

| | Fecha | Hora | Dosis/Tipo de insulina y/o píldoras | Prueba de glucosa en la sangre* | | | | | | | Prueba quetonas en orina | Notas (Comidas y meriendas, ejercicio, enfermedades, estrés u otros eventos importantes) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de dormir | | |
| | | | | Antes | Después | Antes | Después | Antes | Después | Antes | | |
| LUN | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MAR | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| MIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| JUE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| VIE | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| SAB | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |
| DOM | | | | Hora / mg/dL | | | | | | | | |

* Usted y su equipo para el cuidado de la diabetes trabajarán juntos para determinar los mejores momentos para hacerse la prueba de glucosa en la sangre.

### *Keeping Well With Diabetes*

Nos complace ofrecerle este folleto como parte del programa educativo *Keeping Well With Diabetes* para los pacientes. Pero *Keeping Well With Diabetes* puede brindarle mucho más.

Al hacerse miembro de *Keeping Well With Diabetes*, un programa GRATUITO sólo para personas que usan insulina, recibirá todas las herramientas y materiales que pueden cambiar su vida diaria. Nada más complete y envíe la tarjeta con franqueo prepagado que se incluye en este folleto, llame al 1-800-474-KWWD (1-800-474-5993), o visite nuestro sitio en internet *www.kwwd.com*.

En *Keeping Well With Diabetes*, encontrará información útil sobre cómo vivir con diabetes, boletines en línea y NovoTrack®, un sitio único que le brinda su propia tarjeta personal de anotación *(Personal Scorecard)* para que pueda mantener un registro de su manejo de la diabetes.

Novo Nordisk ha sido líder mundial en el cuidado y el tratamiento de la diabetes durante más de 80 años. Hacemos todo lo posible, todos los días, para *continuar* brindándole nuevos productos y nuevos servicios diseñados para ayudarlo a *vivir bien con su diabetes.*

**Para información adicional sobre los productos Novo Nordisk diseñados para que la vida de las personas con diabetes sea más fácil, o para hacerse miembro de *Keeping Well With Diabetes*, un programa gratuito sólo para personas que consumen insulina, llámenos al 1-800-727-6500.**

Visítenos en la internet en www.novonordisk-us.com.

Cualquier cambio en la insulina debe hacerse con cuidado y sólo bajo supervisión médica.

**Novo Nordisk es líder mundial en el cuidado de la diabetes.**

NovoLog, NovoPen, Novolin, PenFill, InnoLet, Innovo y NovoTrack son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. InDuo es una marca de fábrica de LifeScan, Inc., una compañía de Johnson & Johnson.

www.novonordisk-us.com

Las fotografías usadas en este folleto son sólo con el propósito de ilustrar. Los modelos en las fotos no son necesariamente personas con diabetes ni otras enfermedades, ni usan o endosan los productos mencionados.

Derechos de autor ©2003 Novo Nordisk Pharmaceuticals, Inc. 10/2003 125877SP Impreso en E.U.A.

novo nordisk®